Rok XXVIII. Kraków, 11 Maja 1889. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Chirurgiczne leczenie ropnego wysięku opłucny.

Podał

Dr. H. Schramm,

operator szpitala św. Zofii we Lwowie.

Na jednem z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarzy w Berlinie omawiał Küster kwestyję leczenia ropienia w jamach o niepodatnych ścianach, a między innemi przeważnie ropne zapalenie opłucny. Dyskusyja tym zajmującym wykładem wywołana wykazała pewne różnice zdań tak co do wskazań jak i sposobu operacyjnego leczenia téj dość częstéj a ciężkiéj choroby i to ośmiela mnie do podania mych doświadczeń opartych na 19 przypadkach, które dla łatwiejszego przeglądu podaję w poniższem zestawieniu. (Patrz tablicę na 2-giéj stronie).

Z zestawienia tego wynika, że na 19 operowanych chorych zmarło 4. Z tych jednak u jednego dziecka Nr. 2 operacyja nie miała żadnego wpływu na niepomyślny koniec, gdyż dziecko operowane w szpitalu dostało zapalenia jelit i téj chorobie uległo; u drugiego Nr. 5 operacyja była wykonana tak późno, że nie mogła już zapobiedz wynikowi śmiertelnemu. Trzecia $1\frac{1}{2}$ roczna dziewczynka zmarła w skutek ponownego zapalenia płuc również w szpitalu. Tylko u czwartego chorego (Nr. 14) operacyja wykonana w warunkach bardzo niepomyślnych przyspieszyła śmierć chorego przez wywołanie krwotoku w gruźliczo zmienionych płucach. Obliczając procentowo otrzymamy na 19 chorych uleczonych 14 czyli 73·7%, nieuleczonych, z przetoką 1 czyli 5·3 zmarłych 4, czyli 21%, zatem wyniki, mimo wliczania różnych przypadków o wiele lepsze niż je otrzymał n. p. Fräntzel na 19 chorych 26·3% śmierci, Bardeleben na 18 przypadków 27·7% a Küster na 109 przypadków 29·3% śmiertelność.

Przechodząc do wniosków, do jakich doszedłem na podstawie wyżéj przytoczonych przypadków, muszę podnieść szczegół, na który tak Küster jak zwłaszcza Ewald kładzie nacisk, że wprawdzie posiadamy w fizycznem badaniu dosyć oznak do rozpoznania wysięku w jamie opłucny i odróżnienia téj sprawy chorobowéj od nacieku w płucach, zgrubień opłucny lub wreszcie od nowotworów jamę opłucny zajmujących, że dłuższa obserwacyja a mianowicie przebieg gorączki pozwalają rozpoznać, że płyn znajdujący się w jamie opłucny jest ropą; to jednak przyznać musimy, że ostatecznie rozstrzyga o tem jedynie odpowiednio i odpowiednem narzędziem wykonane próbne nakłócie klatki piersiowéj. Zapewne każdemu z lekarzy zdarzył się nieraz przypadek, w którym badanie fizyczne kazało rozpoznać wysięk w opłucny a punkcyja wykazała, że płynu w opłucny nie ma; czasem bezgorączkowy stan chorego kazałby wnosić o obecności tylko wydzieliny surowiczej, a tymczasem strzykawka wydobywa czystą ropę i na odwrót tam, gdzie przypuszczaliśmy w opłucnéj ropę, znajdujemy czystą surowicę. Nie dawno miałem sposobność obserwowania jednego z takich przypadków, w którym badanie choréj bez pomocy punkcyi kazało bezwarunkowo przypuszczać ropny wysięk w opłucny, i w którym tylko nakłócie próbne z zasady wykonane wstrzymało mnie od wykonania resekcyi żebra.

Kobieta 30 kilko-letnia dostała w dniu 21 lipca b. r. postrzał z odległości 2 kroków w piersi. Nabój śrótowy strzaskał drugie żebro w odległości 3 centim. od mostka, przebił opłucnę i nadwerężył płuca. Wezwany do téj choréj przez kol. Zadurowicza, zastałem ranę oczyszczoną, kilka śrótów dało się wyczuć pod pachą i pod skórą w ramieniu lewem. Badanie wykazało *haematopneumothorax*, przy każdym oddechu powietrze ze świstem wchodziło i wychodziło z jamy opłucny, duszność bardzo znaczna. Ranę wypełniono dość szczelnie gazą jodoformową. W 10 dni potem badanie choréj, któréj stan ogólny tymczasem znacznie się poprawił, wykazało w miejscu postrzału ranę wielkości talara o brzegach przeważnie czysto brodawkujących, od niéj prowadzi skośnie kanał po pod pachę, daléj pod skórą w ramieniu w $\frac{1}{3}$ górnéj, gdzie kończy się otworem zrobionym przez kol. Zadurowicza przed kilku dniami w celu wypuszczenia nagromadzonéj ropy. W głębi otworu w piersiach widać ciemno szarawe przy oddechaniu poruszające się płuco, przy zakaszlaniu wydobywa się z głębi obficie gęsta żółta nieco śluzowata i z powietrzem zmieszana ropa. Wypuk wykazuje zupełne stłumienie na

L.	Wiek, płeć	Strona chora	Trwanie choroby przed operacyją	Powód	Zabiegi operacyjne poprzednie	Operacyja	Trwanie leczenia po po operacyi i wynik	U W A G I
1	9 miesięcy chłopiec	lewa	dwa tygodnie	—	nakłucie i wypuszczenie 150 gr. ropy, bez polepszenia	resekcyja 8 żebra poniżéj kąta łopatki	14 dni wyleczony	Operowany w szpitalu św. Zofii
2	1 rok chłopiec	lewa	dwa tygodnie	zapalenie płuc	dwukrotna punkcya duszność i gorączka coraz większe	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	11 dni umarł	Od chwili resekcyi stan bezgorączkowy, lecz wystąpił nieżyt jelit, który był powodem śmierci. Operowany w szpitalu.
3	1½ roku dziewczyna	prawa	dwa tygodnie	zapalenie płuc	—	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	12 dni umarła	Po operacyi stan bezgorączkowy. Siódmego dnia ponowne zapalenie płuc. Operowane w szpitalu.
4	1½ roku chłopiec	lewa	trzy tygodnie	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	42 dni wyleczony	Stan dziecka przed operacyją bardzo nędzny, bardzo powolne rozdzielanie się nacieku z płuca. Operowany prywatnie.
5	6 lat chłopiec	lewa	pięć tygodni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie 720 gr. ropy, bez polepszenia	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łopatki	2 dni umarł	Przed operacyją stan bardzo nędzny, ciągłe dreszcze i gorączka do 41° zakrzep w żyle udowéj zapad b. znaczny. Operowany w szpitalu.
6	6 lat chłopiec	lewa	trzy tygodnie	—	—	resekcyja 7 żebra niżéj kąta łąpatki	60 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwania jamy opłucny. Operowany prywatnie.
7	2 lat chłopiec	lewa	kilka tygodni	—	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	25 dni wyleczony	Dziecko przed operacyją bardzo nędzne. Operowany prywatnie.
8	8 lat chłopiec	prawa	dziewięć tygodni	—	—	resekcyja 7 żebra	21 dni wyleczony	Stan ogólny przed operacyją bardzo nędzny. Sączek wypadł 7 dnia po operacyi, wprowadzenie go ponowne. Pod koniec przepłukiwanie jamy opłucny. Operowany prywatnie.
9	9 lat chłopiec	prawa	sześć tygodni	—	nakłócie i wypuszczenie 800 gr. bardzo cuchnącéj ropy bez polepszenia	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	30 dni wyleczony	Z powodu mocno cuchnącéj wydzieliny przepłukiwanie pleury przez kilka dni po operacyi. Operowany w szpitalu.
10	10 lat chłopiec	lewa	14 dni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie przeszło półtora litra ropy. Po dwóch dniach ponowne pogorszenie	resekcyja 8 żebra	20 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwanie. Operowany w szpitalu.
11	10 lat chłopiec	prawa	10 dni	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra niżéj kąta łopatki	14 dni wyleczony	Przed operacyją gorączka 40° wysypka guziczkowa na całem ciele, ropień podskórny, senność. Operowany w szpitalu.
12	11 lat chłopiec	lewa	trzy tygodnie	upadł, haemothorax, zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie około litra rzadkiéj ropy w 3 dni znów pogorszenie	resekcyja 8 żebra	35 dni wyleczony	Pod koniec leczenia przepłukiwania opłucny dla wydalenia mocno zgęszczonéj ropy. Operowany prywatnie.
13	14 lat chłopiec	lewa	kilka tygodni	—	—	resekcyja 7 żebra	65 dni wyleczony	Przed operacyją stan b. nędzny. Operacyja bez chloroformu. Sączek wyjęto w 3 tygodnie po operacyi, nim jama była wypełniona, potem recydywa, przecięcie blizny i wprowadzenie sączka. Operowany prywatnie.
14	20 kilka lat mężczyzna	prawa	kilka miesięcy	gruźlica płuc daleko posuniste	—	cięcie w przestworze między żebrowym	śmierć w pół godziny	Stan przed operacyją b. zły, duszność i sinica bardzo znaczne. Po otwarciu klatki piersiowéj, wylewa się posoka mocno cuchnąca, gwałtowny kaszel — krwotok przez usta i do jamy opłucny. Operowany prywatnie.
15	30 lat kobieta	lewa	kilka tygodni	zapalenie płuc	nakłócie i wypuszczenie ropy z miejsca nakłócia ropień i przetoka	resekcyja 7 żebra w linii pachwowej przedniej	95 dni wyleczenie	Pod koniec leczenia przepłukiwanie — podczas jednego z nich zapad chwilowy Operowana prywatnie.
16	35 lat mężczyzna	prawa	kilkanascie tygodni	—	—	resekcyja 4 centim. 7 żebra niżéj łopatki	72 dni wyleczenie	Stan przed operacyją bardzo nędzny, tak, że chory na łóżku podnieść się nie mógł. Pod koniec leczenia przepłukiwanie, dla usunięcia licznych pokładów skrzepów, włóknikowych pomieszanych z ropą.
17	38 lat mężczyzna	prawa	trzy miesiące	—	—	resekcyja 4 centim. żebra 8, niżéj kąta łopatki	150 dni niewyleczony	Jama nie zmniejsza się, na ponowną operacyję chory się nie zgadza. Operowany prywatnie.
18	40 kilkolet. mężczyzna	lewa	kilka tygodni	zapalenie płuc	—	resekcyja 8 żebra	73 dni wyleczony	Stan przed operacyją bardzo nędzny, ropa bardzo cuchnąca, przepłukiwania. Operowany prywatnie.
19	43 lat kobieta	prawa	9 tygodni	początkująca gruźlica płuc	—	resek. 8 żebra w linii pachwowéj tylnéj	50 dni wyleczona	Przepłukiwanie pleury z powodu bardzo gęstéj ropy. Operowana prywatnie.

całéj lewéj klatce piersiowéj aż do grzebienia łopatki. Chora lekko gorączkuje. Wobec tych objawów prawie na pewne można było przypuszczać, że cała masa płynu zajmującego klatkę piersiową będzie téj saméj natury, co płyn wydobywający się z rany. Miałem więc przystąpić do otwarcia klatki piersiowéj w dole, aby umożebnić odpływ przypuszczalnéj ropy, która oczywiście przez wysoko położoną ranę nie mogła się wydostać. Dla pewności jednak wbiłem w 7-my przestwór międzyżebrowy igłę Pravatza i wydobyłem płyn całkiem przeźroczysty, lekko krwawo zabarwiony. Przypuszczać więc należy, że powstala po zranieniu

wybroczyna w opłucny otorbiła się pierwéj nim w ranie przyszło do ropienia, do czego może przyczyniły się stare zlepy opłucnowe. Zdaje mi się jednak, że rozpoznanie stanu tego bez nakłócia próbnego było wprost niemożebne, że więc tylko punkcyja uchroniła chorą od zabiegu operacyjnego, który w tych warunkach mógł być dla niéj tylko szkodliwy.

Przypadków podobnych, choć może mniéj wybitnych, możnaby przytoczyć dużo, to też powinno się postawić za regułę, aby do operacyi otoku ropnego nie przystępować pierwéj, aż próbne nakłócie nie przekona nas naocznie o obecności ropy w jamie opłucny. Dla uniknięcia jednak możliwych pomyłek strzykawka powinna być dobrą i odpowiednią do tego zabiegu, t. j. powinna dobrze ciągnąć, o czem nawiasem mówiąc, należy się bezpośrednio przekonać przed punkcyją, a igła musi być dostatecznie długa i gruba; w przeciwnym razie, n. p. przy zgrubieniu opłucny, krótka igła nie dostanie się do jamy opłucny, lub zgęstniała ropa nie przedostanie się przez wąski otwór igły i tym sposobem można się narazić na bardzo nieprzyjemne pomyłki. W wątpliwych przypadkach można wreszcie zrobić kilka nakluć w różnych miejscach.

Nasuwa się teraz pytanie, kiedy przystąpić mamy do próbnego nakłucia? Odpowiedź na to: wtedy, gdy tylko mamy choćby podejrzenie, że w opłucny może znaleźć się ropa. Nakłucie bowiem samo należycie, t. j. narzędziem czystem i przy przestrzeganiu zasad antyseptyki wykonane, jest zabiegiem zupełnie niewinnym, który nigdy zaszkodzić nie może, a pozwala rozpoznać wczas cierpienie, które wymaga odrębnego i szybkiego leczenia. Wyznaję bowiem zasadę, że im wcześniéj wypuścimy ropę nagromadzoną w opłucny, tem lepiéj wyjdzie na tem chory. Od zdania tego nie zachodzą żadne wyjątki, czy empyema powstało u dziecka, czy u dorosłego, czy samoistnie, czy po zapaleniu płuc, czy u osoby poprzednio zdrowéj, lub też dotkniętéj początkującą gruźlicą płuc. Pomiędzy przypadkami w méj praktyce nie zdarzyło mi się, by stwierdzona w opłucny ropa uległa wessaniu; nawet jeżeli wysięk ropny wystąpił po dławcowem zapaleniu płuc, a takich przypadków w mem zestawieniu jest 8. wysięk ropny mimo długiego nieraz czekania nie zmniejszał się wcale, chorzy nędznieli coraz to bardziéj i pewnie na zwłoce nic nie zyskali. Zdaje mi się więc, że twierdzenie, jakoby pneumococci znalezione w ropnéj wypocinie opłucny miały być przyczyną ropienia, że one tak jak w płucach w krótkim czasie muszą zginąć, a z niemi także ropa uledz wessaniu, jest nieuzasadnionem przypuszczeniem, że więc empyema powstałe przy zapaleniu płuc należy taksamo wczas leczyć jak i otok ropny samoistny. Tak samo ma się rzecz z ropieniem opłucny wobec istniejących zmian gruźliczych w płucach. Jeżeli bowiem u takich chorych usuwamy ogniska ropne w innych okolicach usadowione, choćby w tym celu był potrzebny zabieg tak poważny jak odjęcie kończyny, lub otwarcie jamy brzusznéj, toć nie ma powodu, abyśmy postępowali inaczéj przy nagromadzeniu się ropy w opłucny.

Sposobów usuwania ropy z jamy opłucny jest właściwie dwa, t. j. nakłucie, po którem po wypuszczeniu ropy jama opłucna pozostaje zamknięta i otwarcie klatki piersiowéj mniéj lub więcej szerokie, po którem ropa przez czas dłuższy może swobodnie odpływać.

Co do pierwszego sposobu, to zakres jego użycia przy ropnéj wypocinie w opłucny jest bardzo ograniczony, a mianowicie zdaniem mojem winien on być zastosowany tylko wobec daleko posuniętéj gruźlicy płuc. U chorych takich bowiem nagle wypuszczenie płynu z opłucny, jak to oczywiście musi nastąpić po szerokiem otwarciu klatki piersi owéj, może się stać bardzo niebezpiecznem. Nagle bowiem opróżnienie rozdętéj przez płyn jamy opłucny zmniejsza nagle ucisk na płuca, pobudza do silnego kaszlu i wywołać może łatwo krwotoki bardzo niebezpieczne, a nawet śmiertelne, jak to miało miejsce w przypadku mym Nr. 14. Wprawdzie Küster utrzymuje, że twierdzenia Traubego o niebezpieczeństwie nagłego zniesienia ucisku wśród klatki piersiowéj jest więcej teoretyczne, że w przypadkach przez niego operowanych nigdy nic podobnego nie zaszło, według niego więc nawet utrudnienie odpływu ropy przez włożenie palca do rany, a następnie zakrycie jéj sitkiem, jak to radził Mikulicz, jest zbyteczne. Na podstawie jednak jednego wprawdzie ale przykrego doświadczenia muszę zdaniu Küstera zaprzeczyć. U mego bowiem chorego, gdy po otwarciu klatki piersiowéj wystąpił gwałtowny kaszel, starałem się przez zatkanie chwilowe rany tamponem z waty wstrzymać odpływ ropy, co się jednak nie udało; przy silnych napadach kaszlu ropa przeciskała się mimo tampona, wnet pokazała się krew ustami, wkrótce potem zaczęła zmięszana z ropą płynąć i przez ranę, a chory prawie w moich oczach umarł. (Dok. nast.)

II. Jeszcze kilka słów w kwestyi doszczętnego leczenia przepuklin metodą Mac Ewena.

Podał
W. H. Krajewski
Ordynator Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

Mac Ewen w pierwszym swym artykule podał opis operacyi tylko dla przepuklin pachwinowych [1]) o innych przepuklinach powiada, iż i do nich metodę w ten sam sposób zastosować należy i popiera twierdzenie to, przytaczając ośm wyleczonych tą drogą przepuklin udowych. Rzeczywiście przeprowadzenie metody Mac Ewena w ten sposób, jak ją opisał sam wynalazca, nie przedstawia żadnych trudności bez względu na rodzaj operowanéj przepukliny; dopiero chęć poprawienia małych braków, jakie w zaleconéj przez Mac Ewena metodzie widnieją, trudności te wytworzyła i zmusiła do modyfikowania postępowania zależnie od rodzaju operowanéj przepukliny.

O ile mi wiadomo, oprócz pracy Mac Ewena i nielicznych z niéj referatów, w literaturze istnieją dotąd trzy prace, zajmujące się tą metodą, mianowicie: Dr. Keetlego (*Annals of Surgery vol. VI* str. 193), moja (l. c.) i prof. Obalińskiego (l. c.). Wszyscy trzej zauważyliśmy jeden i ten sam brak w metodzie Mac Ewena, a mianowicie, że po przeszyciu i ulokowaniu poduszki otwór brzuszny worka przepuklinowego jest skierowany ku górze, że mogą się doń wśliznąć kiszki, tem łatwiej, iż znajdująca się pod nim poduszka w tę stronę skierowywać je będzie [2]). Każdy z nas starał się złemu na różny zaradzić sposób: Dr. Keetly skręca szyję worka, dolną zaś jego część fałduje, przeszywa nitką katgutową i wpycha tak wytworzoną poduszkę po za wrota, nie troszcząc się o to, w którą stronę będzie zwrócony otwór brzu-

[1]) Mac Ewen nie zapomina i o przepuklinach pachwinowych wrodzonych, podaje nawet odpowiedni rysunek i robi uwagi identyczne z 1-szą uwagą prof. Obalińskiego, wywołaną drugim przezeń operowanym przypadkiem. [2]) Pomijam sposób zaszywania wrót, bardzo zawiły, którego opis dla ścisłości w pierwszym artykule moim streszczając pracę Mac Ewena podałem, lecz którego żaden z nas, operując metodą Mac Ewena, nie wykonał.

szny, gdyż skręcenie szyi worka zabezpiecza go od wśliźnięcia się kiszek (jest to kombinacyja metody Balla, skręcenie szyi, z metodą Mac Ewena, fałdowanie worka). Ja przeszywam worek 2 nitkami katgutu, zwracam otwór brzuszny ku dołowi i nad nim umieszczam poduszkę. Profesor Obaliński podwiązuje szyję worka, fałduje część worka, leżącą poniżéj podwiązki, przeszywa kilku ściegami katgutu i poduszkę tak wytworzoną wpycha po za wrota. Oba sposoby tak Dra Keetlego jak i prof. Obalińskiego (o którym naturalnie w chwili dokonywania operacyi na mojéj choréj nic wiedzieć nie mogłem) odznaczają się swą prostotą i łatwością, z jaką do wszelkiego rodzaju przepuklin zastosować się dadzą. Podana przezemnie zmiana jest więcéj skomplikowana i o ile łatwo da się przeprowadzić przy przepuklinach pachwinowych, o tyle trudną mi się wydała do zastosowania w przepuklinach udowych, ze względu na niepodatność i głębokie położenie tych części pierścienia udowego, przez które należałoby przeprowadzić końce nitek katgutowych, chcąc zwrócić otwór brzuszny przepukliny ku dołowi (*ligamentum pubicum Cooperi* i wiąz Gimbernata). To też przystępując do operacyi w powyżéj opisanym przypadku, zdecydowałem się zastosować metodę Dra Keetlego.

Widzieliśmy, jakie były tego następstwa, oto około $^1/_4$ części sfałdowanego worka zmartwiała i dopiero po oddzieleniu się jéj rana się zgoiła; jest to powikłanie wielce nieprzyjemne, mogące pozbawić życia chorego, a co najmniéj, w razie zmartwienia całéj poduszki, skompromitować rezultat operacyi.

Na zasadzie doświadczenia, zdobytego w tylko co opisanym przypadku, pozwalam sobie przypuszczać, iż jeżeli skręcenie tak zgubnie wpływa na odżywianie części worka leżącéj poniżéj, tem bardziéj niebezpiecznem będzie podwiązywanie szyi, które proponuje prof. Obaliński. Prof. Obaliński przewidując ten zarzut, zaleca nie ściskać zbyt mocno przewiązki, ale jakież, pytam, mamy kryteryjum, które nas ostrzeże, kiedy ścisnęliśmy za mocno tak, że nastąpi zgorzel, kiedy za słabo tak, że się wśliźnie pętla kiszki po za przewiązką (co wywoła zaciśnięcie), kiedy nakoniec w miarę tak, iż obu tych nieszczęść unikniemy? [1])

Mówię tu naturalnie tylko o bardzo wielkich i starych workach przepuklinowych, do nich tylko, mojem zdaniem, obie modyfikacyje (Dra Keetlego i prof. Obalińskiego) zastososować się nie dadzą i w takich razach należałoby się uciec do zaproponowanéj przezemnie zmiany. To też gdybym w przyszłości operował równie wielką przepuklinę udową, trzymałbym się następującego sposobu postępowania: po przeszyciu dwiema nitkami worka przepuklinowego (jak przy przepuklinie pachwinowéj), przeprowadzę ich końce od wewnątrz na zewnątrz przez *lig. pubicum Cooperi* i tu je zawiążę; końce pozostawione przy dnie worka przeprowadzę od wewnątrz na zewnątrz przez ścianę brzuszną, powyżéj wiązu Pouparta, a po związaniu tych ostatnich zeszyję kuśnierskim szwem wiąz Pouparta z powięzią łonową (*fasc. pectinea*). Na trupie się przekonałem, iż przeprowadzenie nitek, idących od szyi worka przez *lig. pubicum Cooperi* jest zupełnie możliwe, zwłaszcza przy użyciu mocno zakrzywionych igieł (tak zwanych igieł Martina); rozumie się przy istniejącej przepuklinie i obszernym pierścieniu będzie to jeszcze o wiele łatwiejszem.

Że obie modyfikacyje Dra Keetlego i prof. Obalińskiego dają doskonałe rezultaty w przypadkach przepuklin stosunkowo średniéj wielkości, tego świetnie dowiodły przytoczone przez nich obserwacyje. Obserwacyje te nie upoważniają nas jednak do wniosku, iż w żadnym z opisywanych przypadków zmartwienie poduszki nie miało miejsca; możemy jedynie na ich zasadzie twierdzić, że chociażby nawet zmartwiała implantowana przez operatorów poduszka, wypadek ten przy ścisłem zastosowaniu metody przeciwgnilnéj nie wywarł skutków, jakich dawniéj by się nie uniknęło, że mała zmartwiała poduszka zachowała się tak, jak na przykład podwiązane szypuły guzów, wpuszczane od jamy brzusznéj, lub jak martwe organiczne ciała z zewnątrz implantowane n. p. gąbki, całe motki katgutu, które to ostatnie bez szkody implantowano do jamy pachowéj, po usunięciu gruczołów rakowato zwyrodniałych [1]). Zresztą rozstrzygnięcie pytania, czy po za wrotami przepuklinowemi leży żywa poduszka wytworzona z worka, czy też otorbiona martwa poduszka, jest z praktycznego punktu widzenia rzeczą mniejszéj wagi, gdyż w obu razach zamierzony rezultat będzie osiągnięty. Chodzi mi tylko o to, iż tak jak przy implantowaniu z zewnątrz ciał organicznych martwych istnieje pewna granica dla ich wielkości, którą przekroczywszy rezultat operacyi na szwank narazić możemy, tak samo istnieć powinna granica dla wielkości poduszek wytworzonych z worków przepuklinowych po skręceniu lub podwiązaniu ich szyi. Jednem słowem modyfikacyja Dra Keetlego i prof. Obalińskiego doskonałe dla małych i średnich przepuklin nie dadzą się prawdopodobnie zastosować do przepuklin wielkich, o starych, zgrubiałych workach. Gdzie granica — przyszłe to dopiero doświadczenia wykażą.

P r z y p i s e k. Obecnie znajduje się na moim oddziale chory W. Ant., 37-letni kowal, u którego operowałem stosunkowo małą (wielkości pięści) przepuklinę pachwinową nie zaciśniętą, za pomocą metody Mac Ewena, tak jak to opisałem w pierwszym przypadku. Przebieg był bezgorączkowy, a rana oprócz nieznacznego ropienia przy jednym ściegu szwu skórnego, cała zagoiła się przez rychłozrost. Obecnie chory już chodzi, a przez powłoki brzuszne wyczuwa się twardą poduszkę. Chory poddał się operacyi z przyczyny, iż przepuklina uniemożliwiała wykonywanie ciężkiéj zawodowéj pracy; ciekawem będzie obserwować, jak się zachowa poduszka, gdy chory powróci do swych zajęć.

III. Z pracowni farmakologicznéj prof. L. J. Tumasa w Warszawie.

Hypnoza u żab przy różnorodnych środkach.

(Przyczynek do nauki o hypnotyzmie).

Badanie doświadczalne.

Podał

Edmund Biernacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Przy działaniu mocnych (1%—2%) roczczynów atropiny nie otrzymujemy żadnych ciekawych osobliwości: zwierzę łatwo bardzo położyć na grzbiet, ale przytém nie broni się ono: odruchy są wzmocnione. Przy działaniu dawkami średniemi 0.5% zauważałem, że początkowo hypnoza staje się głęboką i odruchy zmniejszają się, ale wkrótce nasilają się

[1]) W przypadku 6-tym z kolei zaznacza prof. Obaliński, iż przebieg był niezupełnie gładki, bliżéj nie omawiając, na czem ta nieprawidłowość polegała. Ponieważ jest to największa z operowanych przez prof. O. przepuklin, bardzobym więc pragnął wiedzieć, czy w tym przypadku nie nastąpiło częściowe przynajmniéj obumarcie worka?

[1]) *Dr. Thiem, Med. Verein zu Kottbus. Sitzung v. 11 u. 28 Dec. 1888.*

i zwiększają po nad normę. Niekiedy działanie takiéj koncentracyi przeszkadza w przeciągu pewnego czasu zjawieniu się hypnozy i żaba ciągle się budzi; potém zaś leży spokojnie i odruchy wzmacniają się: mamy, jedném słowem, objawy porażenia mózgu wielkiego.

Atropina, takim sposobem, w pewnych rozczynach sprzyja powstawaniu hypnozy czyli działa odwrotnie ze strychniną i tebainą. Czy tylko atropina posiada taką własność? Doświadczenia przerobione takim samym sposobem z kokainą, przekonały mnie, że działanie bezpośrednie rozczynami tego środka na półkule mózgowe żaby wywiera podobny wpływ na hypnozę, jak atropina. Zastósowanie na półkule mózgowe 0.1%—0.5% roztworu kokainy wywołuje u żaby normalnéj zmniejszenie odruchowości: to samo ma miejsce w hypnozie, która staje się głęboką. Różnica pomiędzy działaniem atropiny i kokainy ta, że przy atropinie sen głęboki trwa godzinę, nieraz dwie, szczególnie przy 0.1%—0.2% rozczynie; tymczasem przy kokainie hypnoza głęboka i zmniejszenie powtórne odruchowości trwają nie dłużéj nad 15 do 20 minut. Po upływie tego czasu sen staje się bardzo lekkim, powierzchownym i czucie zwiększa się, chociaż i nie dochodzi do téj normy, jaka była bez snu przed zastosowaniem środka. Rzec można, że nawet taka zmiana formy hypnozy jest prawie charakterystyczną dla kokainy. Po użyciu 1% roztworu sen staje się na pewien przeciąg czasu tak samo niespokojnym, jak po 0,5% atropinie; przy stosowaniu mocnych 2%—3% rozczynów otrzymujemy objawy paraliżu i nie możemy obserwować zmian w hypnozie.

Wiedząc, że tebaina także drażni mózg duży żaby, zrobiłem kilka doświadczeń z działaniem bezpośredniem 0,5% rozczynu tego środka na półkule mózgowe. Wyniki w niektórych doświadczeniach otrzymałem bardzo ciekawe. Zaraz po posmarowaniu odruchowość zmniejsza się w porównaniu z tą, jaka istniała w hypnozie i zjawia się sen głęboki u tych egzemplarzy, które spały lekko. Ale zjawisko to trwa krótko, bo 2—3 minuty: hypnoza zmienia swój charakter i staje się lekką, powierzchowną. Zwierzę ciągle się budzi i jednocześnie stwierdzamy objawy podrażnienia rdzenia zupełnie takie same jak przy podskórnem stosowaniu strychniny albo tebainy. Przy stukaniu o stół zwierzę drży, przy słabem uderzeniu kolumny kręgowéj zjawiają się słabe drgawki. Działanie powtórne na półkule takiego samego rozczynu tebainy znowu wywołuje spadek odruchów, ale już na krótszy przeciąg czasu; objawy drgawkowe zaś stają się silniejszemi i wyraźniejszemi. Jeżeli doświadczenie robimy w taki sposób, że zwierzę usypiamy na płaszczyźnie pochyłéj głową nadół, to pierwszy okres działania tebainy, sen głęboki, trwa dość długo, bo 5—8 minut i nawet po tym czasie jeszcze nie widzimy objawów podrażnienia rdzenia. Jeżeli zaś teraz położymy zwierzę na płaszczyźnie pozioméj i posmarujemy półkule, to objawy drgawkowe występują po 2—3 minutach, jak w doświadczeniach poprzednich. Oczywiście w tych razach zwiększenie odruchowości jest zależnem od przejścia płynu do kanału w kręgosłupie i działania na rdzeń. Zauważę jednocześnie, że podobnie jasnych objawów podrażnienia rdzenia, które można sprawdzić przy uderzeniu kręgosłupa, nigdy nie widziałem nawet w drobnym stopniu przy stosowaniu na półkule mózgowe mocnych, nie mówiąc już o słabych, rozczynów atropiny, co mówi, według naszego zdania, przeciwko przypuszczeniu o drażniących własnościach atropiny na rdzeń.

Robiąc doświadczenie z dusznością (*Dyspnoe-versuch*) po stosowaniu na mózg atropiny i kokainy, przekonałem się, że czucie podlega takim samym zmianom, jak w hypnozie normalnéj; tego, cośmy widzieli przy strychninie i tebainie, nie ma w tym razie zupełnie. Odruchowość po przyłożeniu do nozdrzy bibuły zwiększa się, a nigdy nie zmniejsza.

Nareszcie dodam, że fakty, otrzymane w téj seryi eksperymentów, potwierdziłem doświadczeniami kontrolującemi. Działałem na półkule mózgowe żab uśpionych i nieuśpionych wodą destylowaną lub rozczynem fizyjologicznym soli kuchennéj, ani czucie, ani hypnoza nie podlegały w tych razach żadnym wahaniom.

Następne sprawozdania z doświadczeń będą służyć za przykłady faktów wyłożonych.

A. Odsłoniłem półkule mózgowe u dużéj żaby o godz. 2 popołudniu i pozostawiłem ją dla spoczynku do g. 4 min. 30 popoł. Odruch w tym czasie otrzymuje się przy odległości 168 do 170 mlm. Usypiałem ją kilka razy, spi krótko, lekko, budzi się dosyć często od stuknięcia. Po 6ciu minutach snu odruchy 158—160, przy czém zwierzę budzi się. Posmarowano półkule 0·1% rozczynem atropiny i uspiłem zwierzę (g. 4 m. 53); o g. 4 m. 56 odruch od 130 i żaba budzi się; hypnoza. Od tego czasu sen bardzo głęboki; od 130—135 silne skurcze mięśni biodra, a żaba ani drgnie. Uderzenia odtąd o nogi żaby pozostają bez rezultatu. O g. 5 m. 1 — 124, o g. 5 m. 12 — 128 nie budzi się. Położyłem na nozdrza bibułę, zaraz po tém 132, o g. 5 m. 14 — 142 budzi się i odrzuca przeszkodę po 2 minutach. O g. 5 m. 18 nie w hypnozie — 155—160; uspiłem ją, odrazu zasnęła głęboko, o g. 5 m. 22 — 124, o g. 5 m. 28 — 122 nie budzi się. Powtórzyłem *Dyspnoe-versuch*, wynik ten sam, co poprzednio. O godz. 5 minut 37 odruch min. 128 nie budzi się. O g. 5 m. 40 powtórnie podziałałem 0,5% atropiną, zaraz potem w hypnozie odruch 111, o g. 5 m. 45 — 108, nie budzi się. O g. 5 m. 48, bibuła na nos; w trzy minuty potem duszność, odruch od 139, nie budzi się. Zdjąłem przeszkodę i nadałem zwierzęciu normalne położenie.

Dnia następnego żaba miała zupełnie normalne wejrzenie i odruch od 165—168. Po posmarowaniu 0,02% atropiną w hypnozie odruch z 148 spadł na 137—142.

B. Średniéj wielkości żaba, z którą przerobiono doświadczenie dnia poprzedniego, o g. 11 m. 40 rano daje odruch przy 168—170. Posmarowałem mózgowie 0,5% atropiną, w minutę potem czucie zmniejszyło się do 150—152. Hypnoza o g. 11 m. 57. Odrazu wpada w sen głęboki z odruchem 128, przytém nie budzi się. O g. 12 m. 9, 142; ruchy ku przebudzeniu, ale uspokoiła się sama; o g. 12 m. 16 — 140; to samo; o g. 12 m. 22, budzi się sama, sen staje się powierzchownym; o g. 12 m. 23 — 145 budzi się. Pozostawiłem ją w normalnéj pozycyi. O g. 12 m. 45 bez snu 168—170, usypia trudno. O g. 12-téj m. 58 powtórnie posmarowałem mózgowie 0,5% atropiną; zaraz potem 187; nie budzi się. Hypnoza znowu stała się głęboką. O g. 1 m. 4 wprowadziłem pod skórę 0,00009 strychniny; o g. 1 m. 8 budzi się sama, o g. 1 m. 10 można skonstatować słabe objawy strychnizmu. O g. 1 m. 13 — 152 budzi się. Sen lekki. Późniéj drgawki stały się dość mocne.

C. Żwawa żaba hypnotyzuje się bardzo trudno. Min. 158—162. O g. 4 m. 35 popoł. podziałałem na półkule 0,4% kokainą. O g. 4 m. 42 odruchy spadły do 188—140. Usypiano ją, odrazu zjawia się głęboka hypnoza. W 20 minut po zjawieniu się jéj o g. 5 m. 2, odruch 135, nie budzi się, o g. 5-téj m. 8 — 128 i ruchy ku przebudzeniu, uspokoiła się. O g. 5 m. 19 — 140 nie budzi się. *Dyspnoe-versuch.* O g. 5 m. 22, duszność, 154, zwierzę budzi się i zaraz odrzuca przeszkodę. O g. 5 m. 28 jest już bardzo żwawa, o g. 5 m. 30 bez hypnozy odruch przy 148—154.

D. Zielona żabka z odruchem 178—180 w kilka godzin po zdjęciu kości czaszkowych została uśpioną. Zwierzę okazywało bardzo małą skłonność do hypnozy mimo 3 razy powtórzonego rękoczynu. Min. odruch we śnie 156. O g. 4 m. 45 posmarowałem półkule 0,2% kokainą. Zwierzę odrazu wpadło w głęboką hypnozę i spało przez 20 minut. Po upływie tego czasu hypnoza stała się lekką, min. 140 i zwierzę obudziło się, stało się bardzo żwawem, tak, że mimo ciągle powtarzanéj hypnotyzacyi spało nie dłużéj nad $^1/_2$ — 1 minutę. O g. 5 m. 10 powtórnie podzia-

łałem 0,2% kokainą i uśpiłem zwierzę o g. 5 m. 12. Zwierzę spało głęboko przez 10 minut, min. 141, obudziło się; hypnoza; po 2 minutach 160 znowu się obudziło i stało się żwawem.

E. Doświadczenie z tebainą. Po upływie pewnego czasu od odsłonięcia półkul odruch min. 168—170. Hypnoza; po kilku minutach lekkiego snu odruch przy 140 i budzi się; potem śpi 10 minut, min. 142. W czasie snu posmarowałem półkule mózgowe 0,5% tebainą. Przez kilka minut zwierzę jest niespokojne, budzi się, ale wkrótce bardzo łatwo wpada w głęboką hypnozę. W 2 minuty, min. 134, nie budzi się, znowu po 2 min. 184; budzi się. Hypnoza po 4 minutach min. 172; szybko się budzi; Hypnoza; po 2 minutach 168 i po minucie budzi się sama. Odruchy bez hypnozy 184—188. Jawne oznaki drgawkowe przy stukaniu o kręgosłup. Znowu hypnotyzacya: min. 164 budzi się. Sen nadzwyczaj lekki. W 5 minut potem posmarowałem półkula poraz drugi takim samym roztworem tebainy i uśpiłem żabę. W minutę potem min. 132, budzi się; Hypnoza; wkrótce min. 160. Objawy drgawkowe są silniejsze. Zwierzę niepokoi się, ciągle się budzi; sen powierzchowny. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Alapy: (Budapeszt): **Jak się zachowuje jad, wywołujący zakażenie ran w przewodzie pokarmowym.**

Że w przewodzie pokarmowym człowieka znajdują się różnego rodzaju prątki, jest faktem od dawna dokładnie znanym. Nie wiadomo tylko, jak się one do dalszych części jelit dostają, czy słuszne jest zdanie, że tylko zarodniki bakteryj są w stanie przejść nieuszkodzone przez żołądek i rozwijać się dalej. Doświadczalnie wykazano to tylko dla prątków wąglika. A. starał się przekonać drogą doświadczenia, czy bakteryje, będące przyczyną zakażenia ran, są w stanie nieuszkodzone przejść do dalszych części przewodu pokarmowego. Przez cewę żołądkową wprowadzał on królikom i morskim świnkom najgłówniejsze przyrzuty ran: *streptococcus pyogenes*, *streptococcus erysip.* i *staphylococcus pyogenes aureus*, wszystkie w bulionie, w objętości 10 sz. ctm. W 2½ do 4½ godziny po wlaniu jadu zabite zwierzęta nie okazywały w jelitach ani śladu kolonij, a nawet w samym żołądku nie znaleziono w godzinę po śmierci wymienionych koków. Ponieważ te doświadczenia nie mogły jeszcze dać należytego pojęcia o stanie rzeczy, zobojętniał więc najpierw treść żołądkową, a potem dopiero wprowadzał wyżej wymienione koki. Z doświadczeń tych wynikło, że już słabe zmniejszenie kwasoty treści żołądkowej bez wybitnego zasadowego oddziaływania wystarcza, aby jad przyranny mógł przejść do dalszych części przewodu pokarmowego, minąwszy bezpiecznie żołądek, — że w obec wyraźnego alkalicznego oddziaływania treści żołądkowej ropotwórcze ustroje bezpiecznie przechodzą do jelit i że w prawidłowych warunkach ani żołądek, ani jelita nie zawierają ropotwórczych mikroorganizmów. (*Wiener Med. Woch.* 1889 Nr. 1, 2, 3).

Dr. H. Kraus.

Dr. Babes w Bukareszcie zbadał osobną chorobę zakaźną, która już od dawna niszczy bydło w Rumunii. Weterynarze nazwali ją *gastro-entero-nephritis*. Chorobie tej towarzyszy gorączka, która albo ustępuje, albo też kończy się śmiercią; przy sekcyi znajdują zwykle przekrwienie żołądka i jelit, guzy w żołądku i krwawą puchlinę dokoła porażonych części, obrzęk śledziony, obrzęk nerek z przekrwieniem i krwawą puchliną. Za życia występuje hemoglobinurya. We wszystkich badanych przypadkach znalazł Dr. B. w przewodzie pokarmowym, jego ścianach i sąsiednich gruczołach kreskowych wrzody. Badanie krwi na suchych preparatach, barwionych błękitem metylowym, wykazało w czerwonych ciałkach okrągłe lub czworokątne twory, składające się z dwu podłużnych laseczek, rozdzielonych słabo barwiącem się pasemkiem. Twory te nie barwią się ani metodą Grama, ani Ehrlicha, ani też Weigerta. Podobnež hematokoki znaleziono i w rozmaitych narządach, nie było ich tylko w płucach i wątrobie. Autor otrzymywał ich hodowle na agarze i ziemniakach. Drugi rodzaj mikroorganizmów z tej krwi otrzymany przedstawia diplokoki, odpowiadające co do wielkości i postaci powyższym hematokokom i otoczone torebką. Hodowle ich otrzymał autor na surowicy krwi. Krew zdechłych zwierząt i 2gi rodzaj bakteryj wstrzyknięte królikom, zabijają je. Na podstawie tego przypuszcza autor, że chorobę tę wywołuje diplokok, który rozkłada czerwone ciałka krwi. Prawdopodobnie diplokok ten rozwija się w pewnych warunkach we wodzie i z nią dostaje się do przewodu pokarmowego wołów. Sprzyjającym zaś warunkiem dla zagnieżdżenia się jego w ustroju jest poprzednie istnienie wrzodów. (*Virchowa Archiw.* t. CXV). *A. W.*

Medycyna wewnętrzna.

Roughton. **O doniosłości zatkania nosa.**

Nos wypełnia dwie ważne czynności: jako narząd węchu i jako przedsionek dla przejścia oddychanego powietrza. W podręcznikach fizyjologii znajdujemy szerokie rozprawy o zmyśle powonienia, ale o drugiem zadaniu nosa nic.

Przyroda umieściła nos na samym progu narządu oddechowego, aby nas niejako ostrzedz o szkodliwości wdychania trujących gazów. W nosie znajdujemy narząd, który dla płuc przygotowuje powietrze, podobnie jak zęby przysposabiają pokarm dla żołądka. Można też powiedzieć, że równie nie fizyjologicznie byłoby jeść nosem, jak oddychać ustami.

Powietrze przez nos przepływające staje się cieplejszém, wilgotném i oczyszczonem. Według badań Aschenbrandta powietrze o ciepłocie 5°R. ogrzewa się w jamie nosowej do 25°. Tenże autor wykazał, że powietrze wdychane nosem w ciągu 1 minuty przybiera 0.3656 wody, co stanowi przeszło funt na dobę. Nie słusznie więc sądzono, że wilgotność wydechanego powietrza pochodzi z samych płuc. Błona śluzowa nosa powstrzymuje wszystek pył z powietrza wdychanego, co się zgadza z badaniem Tyndalla, że głębsze części płuc nie zawierają wcale pyłu. Przypuśćmy, że 2 ludzi wystawieni są na te same wpływy zakaźne w powietrzu; jeden z nich oddycha tylko ustami, drugi tylko nosem. Który z nich łatwiej ulegnie zakażeniu? Z pewnością pierwszy. Ochłodzenie krwi zbyt zimném powietrzem, zbyt wielkie parowanie powierzchni płuc w powietrzu nadto suchém, osłabia siły żywotne leukocytów i obniża ich odporność względem zarazków. Dobroczynny wpływ ochładzania powietrza w nosie uwydatnia się u ludzi pracujących w pyle (np. kamieniarzy); dzieci zaś z zatkanym nosem zapadają łatwo na nieżyty przewodu oddechowego. Wiadomo, że zatkanie nosa sprowadza nader często także duszność a u śpiących takich chorych z otwartemi ustami wysycha język, błona śluzowa jamy ustnej i powstaje niesmak. Wiele przypadków zmory i niespokojnego snu zależy od zatkania nosa. Częste są także przypadki jąkania z tej przyczyny i niewyraźnej mowy; u innych powstaje utrata powonienia i smaku. Postrzegano także uparty kaszel bez wykazać się dającej zmiany w narządach oddechowych. (*The Practitioner.* Marzec 1889). *Dr. Smoleński.*

Klemperer: **Przypadek wyleczenia rozstrzeni żołądka.**

G. liczący lat 35 wypił przez pomyłkę dość sporą ilość kwasu solnego zgęszczonego a natychmiast potém, jakby instynktem wiedziony, dużo wody. Wkrótce zwymiotował płyn kwaśny ze śladami krwi, poczém naprzemian pił wodę i wymiotował, przez co niemal doszczętnie wydalił z żołądka kwas solny. Po kilku dniach ustąpiły ostre przypady, ale po upływie dwóch tygodni rozpoczęły się znowu wymioty. Wymiociny były kwaśne i w wielkiej ilości, chory chudł i nędzniał, w końcu w pięć tygodni po wypiciu trucizny zgłosił się do kliniki. Badanie wykazało naciek gruźliczy płuc i rozstrzeń żołądka, który sięgał na dwa palce a po wydęciu powietrzem na cztery palce poniżej pępka. Sondą wydobyto z żołądka 2½ litra cieczy kwaśnej, zawierającej kwas solny, dość dużo peptonu, niestrawione części składowe pokarmu i pasorzyty. Próby trawienia wykazały, że sok żołądkowy trawi należycie, ale wchłanianie było bardzo upośledzone a z żołądka prawie nic nie dostawało się do dwunastnicy. Rozpoznanie zwężenia odźwiernika przez bliznę było łatwe a ponieważ zmiana ta żadnemi lekami usunąć się nie da, przeto przeniesiono chorego do kliniki chirurgicznej, gdzie prof. Bardeleben wykonał przecięcie blizny sposobem Heinecke-Mikulicza. Operacyja osiągnęła doskonały wynik, odżywienie chorego pomimo gruźlicy płuc znacznie się podnio-

sło a przypady żołądkowe ustąpiły. Chory opuścił klinikę a w kilka miesięcy później zakończył życie. Przyczyna śmierci była rozległa gruzlica płuc i do końca życia wolny był od wszelkich zaburzeń w trawieniu.

Oględziny pośmiertne żołądka wykazały: błona śluzowa żołądka prawidłowa, tylko w okolicy odźwiernika blizna. Żołądek wielkości prawidłowéj, brak wszelkiéj rozstrzeni, błona mięsna nieco zgrubiała. Z tego wynika, że rozstrzeń żołądka, która przed rękoczynem istniała na pewne, i wydawała niewątpliwe objawy, ustąpiła. Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że 1) istota żrąca, która się dostała do żołądka, wywołała zbliznowacenie tylko w okolicy odźwiernika, 2) że wchłanianie w żołądku pomimo prawidłowego stanu błony śluzowéj było bardzo upośledzone i 3) że żołądek dotknięty wcale sporą rozstrzenią wrócił do stanu prawidłowego. *(Deutsche Medic. Woch.* 1889 Nr. 8. *A. R.*

Choroby nerwowe.

Moncorvo. **Etyjologija Sclerosis cerebro-spinalis multiplex w wieku dziecięcym i patogeniczny wpływ kiły dziedzicznéj.**

Już w r. 1884 wypowiedział M. przypuszczenie, że pomiędzy przyczynami rozsianego ogniskowego stwardnienia może także odgrywać rolę i kiła wrodzona. Do opisanych wtedy 3ch przypadków dodaje obecnie czwarty: 3-ch letnia dziewczynka, któréj ojciec wyznał, że był kiłą dotknięty, okazywała od urodzenia trwający nieżyt nosowy i rozmaite wysypki. W trzecim roku życia stała się drażliwą, gwałtowną, nieposłuszną, chód okazywała niepewny, chwiejący się; przedmioty w ręku trzymane upuszczała, wreszcie przestała chodzić. Dwumiesięczne leczenie przeciwkiłowe usunęło wszystkie objawy. Półtrzecia roku później wystąpiły na nowo dawne dolegliwości a do zmian w chodzie i usposobieniu przyłączyło się częste przelęknienie się podczas spania, zboczenia inteligencyi i mowy, która stała się powolną i skandującą, a w końcu wystąpiło wybitne drżenie rąk przy zamierzonych ruchach. Po dziewięciomiesięczném leczeniu energicznem jodkiem potasu wewnętrznie na przemian z wewnętrznem i zewnętrznem używaniem rtęci wszystkie zmiany chorobowe ustąpiły, pozostawiwszy tylko ślad drżenia. Wyzdrowienie stwierdził autor jeszcze w roku następnym. Z braku wszelkiej innej przyczyny, z wyraźnych oznak przebytej kiły i ze skutecznego wyniku leczenia swoistego czyni M. wniosek, że w tym przypadku rzeczywiście rozchodziło się o kiłowe zmiany w naczyniach, które wywołały obraz wielokrotnego ogniskowego stwardnienia i wzywa lekarzy, aby w przypadkach *Sclerosis* tej choroby w wieku dziecięcym nie przeoczyli kiły jako przyczyny. (*Viertelj. f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Chirurgija.

Leniewicz: **O przeciwropnych własnościach kreolinu.**

Wnioski co do własności kreolinu opierają się przeważnie na podstawach klinicznych, i to właśnie skłoniło autora do zbadania bezpośredniego działania kreolinu na bakteryje ropne. Za zadanie postawił on sobie 1. zbadanie wpływu kreolinu na rozwój prątków, t. j. jakie rozczyny kreolinu przeszkadzają rozmnażaniu się prątków na pożywkach i 2. rozstrzygnięcie, o ile kreolin posiada własności niszczenia zarazków ropnych, t. j. w jakim czasie i jakie rozczyny tegoż są w stanie je zabić. Dla porównania przerabiał on równocześnie te same doświadczenia z kwasem karbolowym.

Wyniki, do jakich doszedł, są następujące: 1. kreolin jest silnym środkiem antiwegetacyjnym, lecz słabo niszczącym zarazki, t. j. czyni on wprawdzie rozczyn, w którym jest zawieszony (nawet w ilości 0,05%), nie przydatnym dla dalszego rozwoju bakteryj ropnych, ale nie zabija tychże nawet w przeciągu dłuższego czasu (2 godziny) i w rozczynach dosyć zgęszczonych, bo 5%. Kwas karbolowy naodwrót posiada słabe własności antiwegetacyjne, ponieważ przeszkadza rozwojowi bakteryj dopiero wtedy, jeżeli rozczyn w pożywce dosięga 0,3%, natomiast zabija je bardzo szybko nawet w rozczynie 2%. 2. Te własności kreolinu w połączeniu z jego nieszkodliwością obiecują mu obszerne zastosowanie w chirurgii, szczególnie dla wymywania dużych jam, ponieważ nieznaczna nawet ilość jego pozostała w takiéj jamie tamuje dalszy rozwój bakteryj. Obszerne również zastosowanie powinien on znaleźć w akuszeryi po 1 sze dla tego że, zostając w macicy, zatrzymuje rozwój bakteryj, a po 2-gie że już 2% rozczyn jego w ciągu trzech minut zabija kolonie *streptococcus*, który o ile dotychczas wiadomo znajduje się sam jeden tylko w poporodowych chorobach macicy. 3. Nie należy używać kreolinu dla obmywania rąk, instrumentów itd. z powodu jego słabéj siły zabójczéj. Dla tego też nie ma obawy, ażeby kreolin mógł wyrugować z użycia kwas karbolowy lub sublimat. Podczas tych badań zauważył autor, że *streptococcus* pod wpływem środków przeciwgnilnych może zmieniać swoją barwę. (Wracz 1889 Nr. 6 i 8). *A. W.*

Dr. Thorburn Steer (z Jamajki) opisuje przypadek urazowego złamania prawéj kości bezimiennéj u 22 letniego murzyna, poczem wkrótce wystąpiło groźne zapalenie otrzewny. W piątym dniu po złamaniu przystąpił autor do operacyi, zrobił laporatomiję, porozrywał świeżo wytworzone zrosty w jamie brzusznéj, wymył jamę otrzewnową i zaszył ranę. W 5 tygodni po operacyi chory zupełnie wyzdrowiał. (*The British Medical Journal*).

Choroby kobiece.

C. Fürst (Grac): **O działaniu morfiny, podczas ciąży, porodu i karmienia.**

Wiadomo, jak niechętnie i ostrożnie podaje się morfinę osobom ciężarnym i rodzącym, jakkolwiek nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, kiedy i w jaki sposób lek ten niebezpiecznym dla płodu się staje. Z tego więc powodu autor, opierając się na statystyce innych i własnem doświadczeniu, pragnie w pracy swéj wskazać okoliczności, w jakich morfina, podawana matce, na płód działać może szkodliwie lub nie. Liczba dokładnych spostrzeżeń nad wpływem morfiny na płód jest dosyć skąpą, gdyż morfinistki rzadko zastępują z powodu, że u nich, jak to wykazał Levinstein, szybko ustaje regularność i często przychodzi do zaniku części rodnych, a nawet w razie zastąpienia łatwo ciąża przedwcześnie zostaje przerwaną. Są jednak w literaturze wzmianki o morfinistkach, które rodziły dzieci donoszone, dzieci te jednak wkrótce po porodzie poumierały, a u niektórych z nich można było wykazać objawy, podobne do t. zw. głodu morfinowego, jak: bezsenność, rzucanie się, biegunki, wielki niepokój, nawet drgawki. Autor przeciwnie spostrzegał przypadek, w którym morfinistka trzy razy zastąpiła i porodziła za każdym razem dzieci dobrze rozwinięte, donoszone, u których żadne objawy ani bezpośrednio po porodzie, ani późniéj nie wystąpiły, które owszem chowały się dobrze i rozwijały tak pod względem fizycznym jak i moralnym zupełnie prawidłowo, prawda, że sama matka karmiła je tylko przez pierwsze dwa dni. Jedno z nich tylko zaczęło ząbkować dopiero w 18-tym miesiącu, a mówić z końcem drugiego roku życia. Z przypadku tego, w którym matka przez przeciąg każdéj z trzech ciąży wstrzykiwała sobie ogółem 1200 strzykawek 3% rozczynu morfiny, czyni autor wniosek, że przecież działanie alkaloidu tego na płód nie może być tak szkodliwem, jak powszechnie mniemają i że lek ten, oczywiście w małéj dawce i ostrożnie ciężarnym podawać można, bez obawy jakiegokolwiek złego wpływu na życie i zdrowie płodu. Jako wskazania do podawania morfiny w ciąży przytacza autor: zapalenie płuc — uporczywe wymioty, rzucawkę porodową u osób niedokrewnych (zamiast stosowanego powszechnie chloroformu), a zwłaszcza zagrażające poronienie, opierając się na przypadku, również przez siebie spostrzeganym, w którym, mimo rozpoczętéj przedwcześnie czynności porodowéj udało się przy pomocy małych dawek morfiny ciążę aż do końca utrzymać. Czy stosowanie morfiny u osoby rodzącéj może stać się niebezpieczném, nie da się dokładnie powiedzieć, doświadczeń bowiem pod tym względem jeszcze mało. Fehling n. p. utrzymuje stanowczo na podstawie trzech spostrzeganych przypadków, że morfina, nawet w małéj dawce, przedłuża poród i przez to samo już szkodliwie na życie płodu wpływa. Autor przyznając, że dwie dawki mogą w istocie stać się niebezpiecznemi, twierdzi, że małe tylko wtedy, gdy z jakichkolwiek przyczyn czynność porodowa się przeciąga, tak, że płód przez czas dłuższy po zastosowaniu morfiny po-

zostaje w macicy. Płód wtedy, zdaniem autora, staje się mniéj odpornym na zmiany, jakie każdy skurcz macicy w krążeniu płodowém wywołuje, i dlatego łatwiéj może obumrzeć. Przestrzega więc autor przed stosowaniem morfiny, nawet w małéj dawce, u rodzących, u których spodziewać się można długo trwającego porodu. Morfina może również i przez mleko matki na oseska działać. Tu przytacza autor przypadki głębokiego snu, kilkanaście nawet godzin trwającego, w jaki popadały dzieci po każdém karmieniu, jakotéż przypadek głodu morfinowego u oseska odłączonego po 14-stu dniach od matki zażywającéj przez ten czas morfinę, który ustąpił dopiero po podaniu dziecku stosunkowo znacznéj ilości makowca. Morfina zresztą na skład jakościowy i ilościowy mleka nie wpływa. Zanik gruczołów mlecznych, spostrzegany u morfinistek, idzie w parze z zanikiem części rodnych pod wpływem przeciągłego i nadmiernego używania morfiny. Na zakończenie przestrzega autor, aby chcąc ciężarną morfinistkę odzwyczaić od tego nałogu, postępować bardzo ostrożnie i pomału zmniejszać dawkę, a nie uciekać się przytém wcale do kokainy, w któréj upatruje równie niebezpiecznego jak morfina wroga ludzkości. (*Wien. klin. Woch.* 1889 Nr. 10—11).

Dr. Langie.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Sprawa wodociągowa krakowska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Zakłady przemysłowe konsumują bardzo wiele wody, a potrzebują właśnie do swych procederów wody dobréj, jakiéj przymioty opisaliśmy w jednym z poprzednich ustępów, potrzebują mianowicie wody nie tylko do saméj fabrykacyi, ale i do maszyn parowych. Biorąc pod uwagę same tylko browary, to wiadomo, iż potrzebują one wody 4-krotną ilość wywarzonego piwa.

Urządzenia miejskie wpływają na konsumcyję wody głównie dwoma sposobami: systemem kanalizacyjnym i systemem utrzymywania powierzchni ulic. Kanalizacyja spławna, t. j. dopuszczająca materyje kloaczne do kanałów publicznych i posuwająca je naprzód mocnym prądem wody, wymaga oczywiście dużo wody tem bardziéj, iż we własnym interesie popiera system waterklozetów. Natomiast tam, gdzie przyjęto system dołowy, nie wolno używać waterklozetów albo tylko za bardzo wysoką opłatą od wywozu wodą bardzo rozrzedzonych materyj kloacznych. Znaczny także wpływ na konsumcyję wody ma brukowanie lub szosowanie ulic i placów publicznych. Ulice brukowane mniéj wydają pyłu a tem samem daleko mniéj potrzebują wody; zupełnie zaś przeciwnie rzecz się ma z ulicami i placami szosowanemi. Ponieważ w wielu miastach niemieckich, dużych nawet, jak n. p. Sztutgart, przekonały się władze miejskie, iż nie jest rzeczą praktyczną brukować ulice tam, gdzie w ziemi są rury wodociągowe, kanały, rury gazowe, druty telegrafu pożarnego, a nieraz i telegraf publiczny, bo ciągłe kopanie dołów i następnie ich zasypywanie nie pozwala na utrzymanie bruku w porządku, przeto wolą ulice szosować a obfitem polewaniem zapobiegać pyłowi. Tym sposobem wzmaga się konsumcyja wody w miesiącach osobliwie letnich i powiększa się tem samem ilość spotrzebowanéj na głowę wody.

Systemów dostarczania wody z wodociągów jest bardzo wiele; podzielić je jednak można na dwie grupy: dostarczanie wody bez kontroli i pod kontrolą. Przy dostarczaniu wody bez kontroli może konsument, t. j. zazwyczaj właściciel domu, pobierać tyle wody, ile mu się podoba, bo nie płaci za ilość skonsumowanéj wody, ale wnosi opłatę na wodociągi według innego prawidła, n. p. od powierzchni zamieszkanych ubikacyj i t. d. Przy dostarczaniu wody pod kontrolą otrzymuje konsument wodę albo przez kurek kalibrowany, tak, iż gdyby nawet ciągle kurek ten był otwarty, więcéj mu wody nie wypłynie, niż oznaczono, albo, co bywa najczęściéj, za pomocą wodomierzy wykazujących dosyć dokładnie ilość czyli objętość skonsumowanéj wody. Łatwo pojąć, iż przy dostarczaniu wody bez kontroli, osobliwie, jeżeli jest jeszcze kanalizacyja spławna, konsumcyja wody wzrasta nadzwyczajnie, wyrabia się proste marnowanie wody bez celu i bez potrzeby, bo konsument nie ma żadnego osobistego interesu w oszczędzaniu wody, a dobra publicznego zazwyczaj nie umie cenić nasjeżycie. Tak n. p. było w Berlinie, gdzie mimo ciągłego powiększania wydatności wodociągów wody było zawsze za mało, ponieważ konsumcyja dzienna na głowę rosła nadzwyczajnie i w końcu doszła do tego, iż wynosiła najmniéj 117 litrów. Jakkolwiek Berlin jest miastem bardzo zamożnem i w jeziorze Tegielskiem, z którego czerpie, ma olbrzymie zapasy wody do dyspozycyi, postanowiła władza miejska w słusznem uwzględnieniu dobra publicznego położyć kres takiemu niepotrzebnemu marnotrawstwu i zaprowadziła wodomierze: konsumcyja spadła natychmiast na 62·8 litra na głowę a miasto nie straciło nic na ogólnéj czystości, a co najważniejsza, stan sanitarny bynajmniéj się nie pogorszył. Tak samo było w Karlsruhe: tam w końcu doszło do tego, że byli konsumenci, którzy potrzebowali wody po 32 m^3 dziennie, a gdy im zaprowadzono wodomierze, zeszli na 1·5 m^3 dziennie i egzystują tak dobrze, jak przedtem. Nie ulega przeto najmniejszéj wątpliwości, że system dostarczania wody ma bardzo wielki wpływ na konsumcyję. Dlatego też w obec marnowania bez celu coraz więcéj miast zaprowadza u siebie wodomierze albo ogólnie w miarę potrzeby i ogranicza tym sposobem konsumcyję wody do prawdziwéj potrzeby a bez najmniejszego uszczerbku dla zdrowia publicznego, którego poprawa jest głównym celem budowy wodociągów.

Po tych uwagach nie będzie wielkich trudności w wybraniu miasta, którego konsumcyja mogłaby być wzorem dla Krakowa. Mając na uwadze, że z wydatnością wodociągu rośnie *ceteris paribus* koszt budowy i utrzymania, że Kraków nie ma pieniędzy na zbytki, ale musi je znaleźć na poprawę zdrowia publicznego, jako nieodzownego warunku swego istnienia i wzrostu w przyszłości, wybrać należy te miasta na wzór, które swem położeniem jeograficznem, klimatem, dobremi urządzeniami gminnemi, a nadewszystko pomyślnemi stosunkami sanitarnemi dają wszelkie rękojmie, iż konsumcyja wody u nich jest bardzo zbliżona do téj, jaką mieć można w Krakowie. Nie powinno się więc szukać takich wzorów ani w Ameryce, ani na południu, ani nawet na samym zachodzie Europy, t. j. we Francyi, Belgii lub Anglii, lecz obejrzeć się trzeba na dobrze administrowane miasta w cesarstwie niemieckiem i w Austryi, jako krajach klimatem swym a głównie opadem atmosferycznym najbardziéj do Krakowa zbliżonych. Za takie uznać należy: Wiesbaden z konsumcyją dzienną na głowę 65 litrów, Berlin 62·8, Poznań 40·4 i starajmy się wzięcie tych miast za przykład usprawiedliwić.

Wiesbaden ma ludności 50.238, jest cały skanalizowany, waterklozety są pozwolone i jest, jak wiadomo, europejskiem miejscem kąpielowem. Nie jest fabryczny. Nadaje się więc na przykład Krakowowi.

Berlin ma ludności 1,122.300, nie jest jeszcze cały skanalizowany; waterklozety tam, gdzie są w ulicach kanały, są nietylko pozwolone, ale nawet nakazane. Jest miastem o znacznym przemyśle. Największa konsumcyja dzienna od czasu zaprowadzedzenia wodomiar wynosiła 79067 m^3 czyli 70·5 litra na głowę. Nadaje się na przykład, bo wskazuje, jak wielką jest konsumcyja w mieście bardzo zamożnem i pod względem sanitarnym wzorowo administrowanem.

Poznań ma ludności 65.713 i od r. 1866 wodociągi z Warty. Wodociąg ten urządzony jest na 14400 m^3 dziennéj wydatności, potrzeba jednak tylko średnio 2659 m^3. Największa konsumcyja dzienna wyniosła 4403 m^3 czyli 67 litrów na głowę.

Sądzę, że przykłady te miast wzorowo administrowanych i posiadających wielkie zasoby wody do dyspozycyi wystarczą do wykazania, że nie będzie omyłki, jeżeli konsumcyję wody z wodociągów obliczy się dla Krakowa 65 litrów na dobę i głowę, t. j. wezmie z miast powyżéj przytoczonych Wiesbaden, jako mający największą konsumcyję i jako europejskie miejsce kąpielowe mogące służyć najlepiéj za przykład Krakowowi, o którym w Radzie miejskiéj nieraz się słyszeć dały głosy, że to tylko wielki hotel, jak na teraz, bez dobréj wody.

Z tem przypuszczeniem 65 litrów zgadza się najzupełniéj obliczenie znanego inżyniera wodociągowego E. Grahna, który na podstawie zdań sprawy z administracyi miejskiéj obliczył dla 80 większych miast niemieckich dzienną konsumcyję na głowę na 63 litry, tudzież obliczenie A. Wingena, budowniczego w Głogowie na Szląsku pruskim, który konsumcyję dzienną dla miast niefabrycznych podaje przy użyciu wodomierzy na 60—70 litrów, bez wodomierzy na 70—100 litrów. A. Wingen nadmienia wyraźnie, że w latach dawniejszych obliczano konsumcyję dzienną

na głowę na 150 litrów, lecz że już w r. 1880 inżynier Thiem wykazał na zjeździe techników wodociągowych w Heidelbergu, że cyfra ta jest bardzo przesadzona dla miast niefabrycznych, potrzebujących wody w celach sanitarnych, a odnosi się do miast, gdzie budowano wodociągi z powodów także finansowych, gdzie zatem chodziło rzeczywiście o jak największą konsumcyję wody.

(Ciąg dalszy nastąpi).

(†) „The Sanitary News“ zwraca uwagę na możność zakażenia się za pomocą marek pocztowych: 1) przez posyłanie marek dla odpowiedzi, przyczem zwykle zwilża się śliną brzeg marki i przykleja się takową do listu. Jeżeli używający takiej marki będzie się posługiwał tym samym prymitywnym sposobem naklejania, to bardzo łatwo może się zakazić. 2) Jeżeli marki leżą w pokoju chorego, to mikroby chorobotwórcze mogą na nich osiąść i w ten sposób przenieść zarazę. (*Wracz*, 1889 r. Nr. 9).

A. W.

(†) Dr. Pileur na podstawie dat, zebranych w szpitalu Saint-Lazare, podaje, że w Paryżu na 100 ciężarnych kobiet cierpi 14 na kiłę. Na 100 płodów poczętych przez kobiety zarażone kiłą, przeżywa 1-szy miesiąc swego życia zaledwie 7. Ztąd wynika, że na 64657 porodów mających miejsce co roku w Paryżu rodzi się od syfilityczek 9951 dzieci, z których 8418 umiera w macicy, albo wkrótce po przyjściu na świat, a tylko 683 przeżywa pierwszy miesiąc. Na 100 więc dzieci poczętych przez paryżanki umiera 13 z powodu kiły ich matek. (*Meždunarodn. klinika* 1889 Nr. 1). *A. W.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 8 maja. Otrzymaliśmy list następujący od kol. Obtułowicza w Buczaczu: W sobotę dnia 27/4 r. b. odbyło się Walne posiedzenie Tow. lek. galic., na którem poruszono kilka spraw bardzo ważnych a mianowicie: *a*) sprawę partactwa lekarskiego; *b*) sprawę powszechnego szczepienia za pomocą krowianki; *c*) sprawę kas brackich i kas dla chorych oraz *d*) sprawę drukowania rozporządzeń Ministerstwa w łamach *Przeglądu Lekarskiego*.

Co do szczepienia powszechnego za pomocą krowianki poruszonego w méj rozprawie drukowanéj w Nrze 45 *Przeglądzie Lek.*, to sprawa ta poparta przez naszego posła hr. Wolańskiego i ujęta w ręce referenta posła Hoszarda oraz gorliwie popierana przez biuro sanitarne Namiestnictwa znajduje się na najlepszéj drodze i w bieżącym roku na najbliższéj sesyi sejmowéj zostanie z pewnością w sposób ustawodawczy przeprowadzoną. Na rok bieżący wezwał Wydział krajowy wszystkie Wydziały powiatowe, aby z własnych funduszów uchwalały zasiłki potrzebne na zakupno krowianki i tak n. p.: powiat Buczacki przeznaczył 60 złr., a miasta nadto zakupują krowiankę dla siebie przeznaczając po 6 do 12 złr. w. a.; powiat Horodeński zakupuje krowiankę na 5000 dzieci, powiat Sokalski za pośrednictwem datków gminnych wszystkie dzieci postanowił szczepić krowianką.

We Lwowie obok zakładu krowiankowego Kubickiego, który po 6 złr. sprzedaje miazgę krowiankową, wystarczającą do zaszczepienia co najmniéj 100 dzieci, powstaje drugi zakład krowiankowy pod kierunkiem prof. Barańskiego.

Tym sposobem na właściwe drogi weszła piekąca kwestyja szczepienia ospy, a ponieważ doświadczenie ponowne poczynione w czasie tegorocznéj epidemii ospowéj pouczyło mnie, że zbieranie limfy z dzieci jest wprost dla nich szkodliwe, bo pozbawia je skutecznej ochrony i naraża bezpotrzebnie na zarażenie się przyrzutem ospowym w razie panowania epidemii, przeto przesadne trochę zdanie kol. Barzyckiego, że dotąd 57000 złr., przeznaczanych na szczepienie coroczne, uważać należy za grosz zmarnowany, wyrzucony, ma wiele racyi i zasługuje na uwagę.

Co do kas gwareckich i kas dla chorych, to szan. Redakcya otrzyma w téj mierze od Rady zawiadowczéj odpowiedni artykuł, wzywający lekarzy do solidarnego postępowania przy układach z temi kasami, gdyż otwiera się im ważne, nowe źródło dochodu.

Co do drukowania rozporządzeń Namiestnictwa na wniosek mój i prof. Dra Czyżewicza uchwalono, że Rada zawiadowcza postara się o to, aby z ekspedytu Namiestnictwa zawsze 1 egzemplarz okólnika sanitarnego był nadsyłanym wprost do Redakcyi *Przeglądu Lekarskiego*, a organ ten nawzajem ma je drukować w łamach swych i w odbitkach oraz ustanowić wynagrodzenie, jakie pobierać będzie za drukowanie rozporządzeń i rozsyłanie ich prenumeratorom.

* Rada sanitarna węgierska oświadczyła się przeciw wszelkim publicznym przedstawieniom hipnotycznym, jako szkodliwym tak dla mediów, jakotéż dla widzów, oraz za tem, że tylko lekarze powinni mieć prawo stósowania hipnotyzmu.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu oświadczyło Namiestnictwom, że lekarzom powiatowym nie wolno przyjmować posad lekarzy zakładowych, ani też mieć zajęcie poboczne, któreby pociągnąć mogło za sobą brak bezstronności w wykonywaniu obowiązków służbowych.

* Wydział Rady powiatowéj chrzanowskiéj za wstawieniem się lekarza powiatowego uchwalił również 50 złr. na zakupno krowianki na rok b.

* **Rosyja**. Opuszczają posadę profesorów w Petersb. med.-chirurg. akademii: prof. desmurgii i mechanurgii Karpiński, zabalotowany po 30 letniéj służbie, i prof. chirurgii Pelechin, zabalotowany po 25-letniéj.

* **Francyja**. Podczas wystawy międzynarodowéj paryskiéj odbędą się między innymi zjazd dentystów i osób zajmujących się polepszeniem losu ślepych.

Pomoc lekarska na Wystawie paryskiéj będzie się składać z 23 lekarzy.

* **Zmarli**: w Gorycyi Dr. Henryk Halski, zdolny i zacny lekarz, dawniéj w Bystrej, a późniéj w Cieszynie na Szląsku praktykujący, liczący lat 31 zaledwie; w Krakowie doktorand medycyny Jan Hankiewicz w 20-tym roku życia.

Artykuły oryginalne. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W Gazecie Lek. Nr. 18: Feilchenfelda: Rozsiane zap. nerwów, cukromocz; Matlakowskiego: 3 przyp. podw. tętnic tarczowych; Trzebińskiego: Rozsiane zap. mięśni; w *Nowinach Lek.* Nr. 5: Misiewicza. Poszukiwania nad inerwacyją nerki; Szadka: Stósowanie kw. salicyl. w praktyce derm. i syfil. (dok.); Witkowskiego: Chlorek filokarp., jako swoisty środek p. żółtaczce; Zaleskiego: O niestosowności alumin. cewek tracheot; Alkiewicza: niebez. p. podaw. wielk. dawek eks. filic. maris aeth.; w *Medycynie* Nr. 18: Rogowicza: Wskazówki do zapobieg. powstawaniu zakaż. połogowego w praktyce prywatnéj.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 maja r. b. o godz. 6 popoł. w sali wykładowéj prof. Blumenstoka posiedzenie zwyczajne, na którem prócz niezałatwionych na poprzedniem posiedzeniu przedmiotów prof. Cybulski zda sprawę z doświadczeń Dra Sawickiego z Grajewa o zjawiskach elektrycznych w nerwach pod wpływem alkoholu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.